

Formulario de confirmación de los temas de la cita con un representante de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen a los representantes que lleven un registro de los temas de la cita programada con el beneficiario antes de coordinar una reunión de ventas presencial; de este modo, el representante y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) estarán al tanto de lo que se analizará en la reunión. Toda la información incluida en este formulario es confidencial y debe ser suministrada por cada beneficiario de Medicare o su representante autorizado.

Indique con sus iniciales los productos sobre los que desea recibir información.

(En la página siguiente, puede consultar una descripción de cada uno de los productos)

- Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**
- Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes Cost**
- Productos de odontología, oftalmología y audición**
- Productos de indemnización hospitalaria**

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un representante de ventas para hablar sobre los productos que seleccionó anteriormente. Recuerde que la persona que hablará con usted sobre los productos es empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Además, es posible que esta persona reciba un pago si usted se inscribe en un plan.

La firma de este formulario **no** lo obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual ni supone una inscripción automática en un plan de Medicare.

| Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma: | |
|---|--------------------------------------|
| Firma | Fecha de la firma |
| Si usted es el representante autorizado, sírvase firmar arriba y escribir su nombre en letra de imprenta a continuación: | |
| Nombre del representante | Relación con el beneficiario |
| Para ser completado por el representante de ventas: | |
| Nombre del representante de ventas | Teléfono del representante |
| Nombre del beneficiario | Teléfono del beneficiario (opcional) |
| Domicilio del beneficiario (opcional) | |
| Modalidad inicial de contacto (indique si el beneficiario se presentó sin cita previa) | |
| Plan(es) analizado(s) por el representante durante la reunión | |
| Firma del representante | Fecha de la cita |

La documentación sobre los temas de la cita está sujeta a los requisitos de conservación de registros de CMS

| |
|---|
| Planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) |
| Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP): Un plan de medicamentos independiente que agrega la cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos planes Medicare Cost y algunos planes privados de pago por servicio (PFFS) de Medicare. |
| Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes Cost |
| Plan HMO de Medicare (Seguro médico cerrado): Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, en ocasiones, la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, el afiliado solo puede ser atendido por médicos u hospitales que integran la red del plan (salvo en casos de urgencia). |
| Plan PPO de Medicare (Organización de proveedores preferidos): Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y, en ocasiones, la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos y hospitales de la red, pero además el afiliado puede consultar a proveedores fuera de la red, generalmente por un costo más elevado. |
| Plan PFFS de Medicare (Plan privado de pago por servicio): Un plan Medicare Advantage que permite elegir cualquier médico, hospital y proveedor autorizado por Medicare que acepte el pago y las condiciones del plan, y esté dispuesto a atenderlo (no es el caso de todos los proveedores). Si se inscribe en un plan PFFS que cuenta con una red, podrá elegir cualquiera de los proveedores de la red que hayan aceptado atender a los miembros del plan de manera permanente. Por lo general, deberá pagar un precio más elevado por consultar a proveedores fuera de la red. |
| Plan POS de Medicare (Plan de punto de servicio): Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional que combina las mejores prestaciones de un plan HMO con beneficios fuera de la red. Al igual que con un plan HMO, los afiliados deben designar a un médico de la red como médico de atención primaria. Puede elegir médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional. |
| Plan SNP de Medicare (Plan de necesidades especiales): Un plan Medicare Advantage con un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Algunos ejemplos de destinatarios de estos planes son las personas que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en residencias de adultos mayores y las que tienen determinadas enfermedades crónicas. |
| Plan Medicare Cost: Con un plan Medicare Cost, puede consultar proveedores dentro y fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, los servicios cubiertos por Medicare se pagarán a través de Original Medicare, pero usted deberá pagar el coseguro y los deducibles de Medicare. |
| Productos de odontología, oftalmología y audición |
| Planes que ofrecen beneficios adicionales a las personas que necesitan cobertura de servicios odontológicos, oftalmológicos o de audición. Estos planes no están afiliados ni vinculados a Medicare. |
| Productos de indemnización hospitalaria |
| Planes que ofrecen beneficios adicionales que se pagan a los consumidores según el uso de los servicios médicos, en ocasiones utilizados para cubrir copagos/coseguro. Estos planes no están afiliados ni vinculados a Medicare. |

Los planes Geisinger Gold Medicare Advantage HMO, PPO y HMO SNP son ofrecidos por Geisinger Health Plan/Geisinger Indemnity Insurance Company, planes de salud con un contrato de Medicare. La continuidad de la cobertura de Geisinger Gold depende de la renovación del contrato.